Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 kwietnia 1880. № 14. Rok XIX.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy artykułów z r. 1878 i 1879).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

(Ciąg dalszy. Przegląd Lekarski 1879 Nr. 1—7 i Nr. 14—16).

c) Uwagi nad mechanicznêm leczeniem cieśni krtaniowéj *(Laryngosthenosis)* i kazuistyka.

Po całorocznéj przerwie wywołanéj ciężką chorobą z przyjemnością nawiązuję przerwany wątek mojéj pracy. W czasie przerwy wzbogaciło się moje doświadczenie o kilka wybitnych przypadków chorobowych i wyników leczenia.

Cieśń głośni lub krtani jest obszernym działem w laryngologii, który jest od dawna uprawiany, jakkolwiek do niedawna nigdy systematycznie, w kierunku jednak dodatnich wyników leczniczych jest on niestety bardzo ubogi. Pod względem patologicznym cieśń krtaniowa nie jest samodzielną chorobą, tak jak nią nie jest cieśń połyku, cewki moczowéj itd., lecz jest tylko przypadem chorobowym, wynikiem różnorodnych zboczeń patologicznych, pod względem zaś doniosłości i ważności klinicznéj zajmuje ona w rzędzie analogicznych chorób pierwszorzędne stanowisko, albowiem może w doraźny sposób stać się groźną życiu, jakkolwiek właściwa choroba, któréj ona jest wynikiem, może być pod względem swéj ważności patologicznéj małoznaczącą. W téj mierze można częstokroć znaleść pewną analogiję z cieśnią cewki moczowéj. Wiadomo, że w przypadkach cieśni cewki pomijając inne następstwa w skutek danego powodu lub nawet bez takowego występuje częstokroć w ostry sposób zupełne zatrzymanie moczu, a mianowicie skutkiem skurczu zwieracza, które często po zadaniu narkotyków lub użyciu ciepłéj kąpieli natychmiast ustępuje. Podobnie też doświadcza się częstokroć u osób chorych na przewłoczną cieśń krtaniową ostro występujących napadów uduszenia; polegają one bądź na nieznacznym obrzęku, który przystępując skutkiem danego powodu do cieśni przewłocznéj potęguje trudności oddechowe, częstokroć jednak występują takowe li skutkiem natężenia fizycznego i są naówczas wynikiem bądź dodatniego skurczu głośni, bądź przewłocznego ruchu strun głosowych skutkiem chwilowéj przewagi zwieraczów głośni nad rozwieraczami, które w następstwie długotrwałéj cieśni a têm samêm zwiększonéj swéj czynności doznają stałego zboczenia od stanu prawidłowego. Doniosłości takich napadów niepodobna oceniać według jednéj i téj saméj miary, albowiem podczas gdy chory dużo już takich napadów przebył bez szwanku, może on jednemu z nich uledz. Pozwolę sobie przytoczyć tu dwa przykłady z méj praktyki: 1) Feige R. (patrz 1 przypadek niniejszéj kazuistyki), leczona na moim oddziale w r. 1876 na cieśń krtaniową nie wytrwała w kuracyi aż do końca, wyszła z leczenia i została przyjętą w poczet posługaczek szpitalnych dla lepszéj kontroli swego stanu. Oddech jéj był wprawdzie nieco uszczuplony, atoli wystarczający w spokoju; w pewnych odstępach, a mianowicie po każdém zmęczeniu się fizyczném, dostawała ona napadów zaduszania, które bardzo szybko ustępowały. Pewnego poranku dostała silnego napadu duszności i umarła w ciągu ¼ godziny, zanim zdołałem przybyć na ratunek, mimo tracheotomii przez lekarza pomocniczego uskutecznionéj. Przyczyną cieśni krtaniowéj były pozostałości zapalenia ochrzęstny. 2) Anna P. (patrz 12 przyp. niniejszéj kazuistyki), sługa, lat 20, była leczoną na oddziale chir. w roku 1879 na przewłoczną cieśń krtaniową, lecz także nie wytrwała do końca; wyszła w stanie polepszonym ze szpitala; przed kilku dniami to jest 1 bm. przyniesiono ją konającą na oddział chirurgiczny z największą zadyszką. Tracheotomija nie zdołała uratować życia, gdyż obrzęk wodny płuc nie dał się usunąć. W krtani nie było świeżego zapalenia, jeno przewlóczne zapalenie ochrzęstny.

Cieśń krtaniowa bywa bądź ostrą a mianowicie w chorobach ostro zapalnych (obrzęk, ostre zapalenie ochrzęstny, dławiec, błonica) w ostrém porażeniu, bądź przewłoczną i taką właśnie należy mieć na oku, jeżeli się mówi w ogólności o cieśni krtaniowéj. W czasach przed wynalezieniem

wziernika rozpoznawano tylko ostre choroby jako takie, jakkolwiek częstokroć mylnie, i tak dławiec rozpoznawano jako dławiec mimo wybitnego przypadu cieśni krtaniowéj nie zaś jako ostrą cieśń krtaniową, przewłocznych zaś chorób nie wyszczególniano, jeno rozpoznawano w ogólności cieśń krtaniową; z wynalezieniem zaś i wydoskonaleniem sztuki wziernikowania i z rozwojem patologii krtani zaczęła ta symptomatyczna dyjagnoza coraz bardziéj ustępować miejsca anatomicznéj, atoli nie można jeszcze zupełnie jéj wyrugować, gdyż zdarzają się jeszcze dość często przypadki, w których i najbieglejszym zawodowcom istota anatomiczna choroby z wyglądu wziernikowego nie jest jasną. W takich przypadkach uczuwa się kliniczną potrzebę symptomatycznego rozpoznania cieśni krtaniowéj przynajmniéj czasowo. Tak np. może mieć miejsce spór pod względem rozpoznawczym między przerostem strun głosowych (*Chorditis vocalis hypertrophica inferior*) a przewłoczném zapaleniem ochrzęstny lub pozostałością takowego (*Perichondritis chronica*). Spoglądając na obraz wziernikowy wnętrza krtani téj saméj Feigi R., o któréj już wspomniałem, (patrz „*Schröttera Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen Wien 1876* tablica, fig. 5) możnaby ten przypadek uważać za doskonałą ilustracyję do choroby „*chorditis voc. hypertr. inferior,*“ a jednak była u niéj *perichondritis,* jak to stwierdziły oględziny pośmiertne uskutecznione w naszym szpitalu w roku 1876.

Historyja leczenia cieśni krtaniowéj jest dość obfitą, nie wdaję się jednak w dokładny jéj rozbiór a ograniczę się tylko do szczupłéj liczby faktów wybitniejszych, ciekawych zaś czytelników odsyłam do broszurki Schröttera („*Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen Wien 1876*“), do rozprawy Dra Hacka „*Uber die mechanische Behandlung der Larynxstenosen*“ (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge 152*) i Dra Rosego „*Die Verengerung und Verschliessung des Kehlkopfes*“ *Darmstadt 1865*. Sposób leczenia podzielają autorowie na dwie kategoryje, a mianowicie: leczenie w drodze naturalnéj bez poprzedniego cięcia krtani, i leczenie z poprzedniém wykonaniem tracheotomii. W téj ostatniéj kategoryi można odróżnić dwa podrzędne oddziały sposobów leczenia a mianowicie: leczenie od rany na szyi a następnie leczenie w drodze naturalnéj przez jamę ustną. Pomijam sposoby leczenia od otworu na szyi, albowiem w téj mierze nie mam własnego doświadczenia i z góry uważam tę drogę za niewłaściwą. Jeżeli bowiem poprzedzało cięcie krtani, w takim razie możemy jeszcze łatwiéj rozszerzać krtań w drodze naturalnéj aniżeli od otworu na szyi, raz ponieważ nie działa się na oślep i nie drażni się rany, a powtóre dlatego, że kształt krtani zwężonéj jest lejkowaty, z szerszém światłém u góry a węższém u dołu i dlatego nadaje się łatwiéj do manipulacyj tego rodzaju od góry; jeżeli zaś cięcie tch awicy nie poprzedzało, należy o ile możności zaniechać takowego, tak jak w chirurgii *par excellence* usiłuje się o ile możności uniknąć boutonnierki przy cieśni cewki moczowéj. Ku rozszerzeniu krtani od otworu na szyi podał Störk prosty i zmyślny sposób, który sam opisał w Nrze 46 „*Wiener med. Wchft* 1879“ i na str. 542 w drugim tomie swego dzieła, w zbiorowém dziele *Handb. der allg. u. spec. Chirurgie Billroth-Pitha.*

Szan. Czytelnicy pozwolą, że się ograniczę do sposobu rozszerzania krtani w drodze naturalnéj, w którym to kierunku mogę się oprzeć na własném doświadczeniu.

Bouchut usiłował w r. 1858 pomijać tracheotomiję u dzieci z dławcem krtani przez wprowadzanie metalowych rurek do krtani, i on to był pierwszy, który tę metodę systematycznie wykonywał; atoli nie miał on powodzenia, albowiem wszystkie przypadki a było ich 7, w których tę metodę stósował, zakończyły się śmiercią. Akademija francuska wybrała komisyję lekarską, na któréj czele stał Trousseau jako referent, celem zbadania doniosłości téj „*tubage de la glotte*“ Bouchuta. Jakkolwiek Trousseau przyznał, że ta metoda może pod pewnemi warunkami oddać dobre usługi, jednak co do dławca orzekł on niekorzystnie, motywując zdanie swoje przeważnie tą okolicznością, że przez rurki metalowe powstawały u psów, na których doświadczenia przeprowadzono, owrzodzenia w krtani. Skutkiem tego niekorzystnego orzeczenia myśl mechanicznego leczenia cieśni krtaniowéj znów na pewien przeciąg czasu pogrzebaną została. Dopiero przed 10 laty podjął ją na nowo Weinlechner wprowadzając w używanie swoje rurki z twardego kauczuku. Lecz i jego przykład nie znalazł naśladowców: Hack (l. c. strona 12) tłumaczy tę okoliczność w ten sposób, że najliczniejszego zastępu choroby dławcowéj dostarczają dzieci, a u dzieci trudną lub zgoła niemożliwą jest rzeczą wziernikować, nie powinno się zaś żadnych czynności w krtani podejmować bez kontroli wziernika! Mojego zapatrywania co do „*tubage de la glotte*“ w dławcu nie omieszkam poniżéj wyłuszczyć, tymczasem zaś muszę tu namienić, że w przypadkach, gdzie zachodzi gwałtowna potrzeba wykonania tracheomii z powodu dławca i następowéj ostréj cieśni, a gdzie nie ma potrzebnych na ten cel przyrządów pod ręką, atoli rozporządza się rurką Weinlechnerowską, żaden lekarz zapewne na skrupuły Hacka nie zechce się oglądać. Wprawdzie usiłował Weinlechner swoją *tubage* zastósować także do przewlekłych przypadków cieśni krtaniowej atoli bez powodzenia, tak że należy uważać tak jego metodę jak i metodę Bouchuta jako usilowania wymierzone przeciw ostrym cieśniom krtaniowym. Do tego przedmiotu powrócę jeszcze przy końcu niniejszéj mojéj rozprawy, uważając go za zbyt ważny, ażebym miał poprzestać na tych ogólnych uwagach, a powrócę jeszcze tém bardziéj, ponieważ nagromadziłem kilka doświadczeń przykrych, z których będą mogli szan. Czytelnicy wysnuć dla siebie pewne praktyczne wskazówki znacznéj doniosłości, obecnie przystępuję do działu cieśni przewlekłych, jako téj dziedziny, w któréj mechaniczna metoda leczenia cieśni krtaniowéj rozwinęła się i wydoskonaliła.

Choroby, które wywołują cieśń krtaniową w sposób przewlekły, są rozmaite, jakoto: nowotwory, nacieki zapalne, blizny, obrzęk i porażenie mięśni rozwieraczów głośni (mm. pierścienio-nalewkowych tylnych). Nowotwory muszą być usunięte za pomocą stósownego rękoczynu; obrzęk i porażenia są przypadami towarzyszącemi rozmaitym chorobom zapalnym i potęgują cieśń krtaniową razem z naciekiem zapalnym jako takim; blizny są wynikiem spraw zapalnych, a nacieki zapalne, które same przez się w przewłocznych przypadkach wywolują cieśń krtaniową, należą najczęściéj do ochrzęstny, nierównie rzadziéj do tkanki podśluzowéj. Wprawdzie nacieki tkanki podśluzowéj nie są chorobą rzadką i napotykamy je często na tle gruźlicy, kiły itd., atoli rzadko wywołują one same przez się znaczną cieśń krtaniową, lecz dzieje się to najczęściéj za przystąpieniem przypadowego obrzęku lub porażenia. Pomijam kwestyję leczenia samych spraw zapalnych w pierwszym okresie, to jest przed wystąpieniem przypadów cieśni krtaniowéj i proszę szan. Czytelników przenieść się w myśli w okres, w którym po bezskuteczném zastósowaniu różnych sposobów leczenia występuje jako najwybi-

tniejszy przypad chorobowy i najbardziéj zatrważający obraz cieśni krtaniowéj. Pozwolę sobie i tu także zwrócić uwagę na analogiję z cewką moczową. Po mniéj lub więcéj skutecznych usiłowaniach leczniczych skierowanych przeciw sprawie zapalnéj cewki moczowéj przedstawia się ostatecznie chory lekarzowi z przypadami znacznéj cieśni cewki moczowéj i żąda pomocy wyłącznie przeciw temu przypadowi jako najdokuczliwszemu. Tak jak w ostatnim przypadku lekarz musi swoją działalność skierować w myśl żądania chorego przeciw cieśni cewki moczowéj jako takiéj, zgoła nie uwzględniając towarzyszącéj lub minionéj sprawy przyczynowéj lub tylko po części na nią się oglądając, tak też i w przypadkach przewlocznéj cieśni krtaniowéj należy przedewszystkiém skierować swoję działalność przeciw saméj cieśni jako takiéj.

Pomijając wszelkie lecznicze usiłowania w tym kierunku nie mogę przemilczeć przypadku z literatury, który stał się był w swoim czasie bardzo rozgłośnym i jest pierwszym w historyi obecnie rozpowszechnionego typowego sposobu leczenia cieśni krtaniowéj. Jest to przypadek Dra Trendelenburga szczegółowo opisany przez samego autora w 13 tomie *„Archiv für klin. Chir.“* z r. 1871 pod tytułem *„Beiträge zu den Operationen an den Luftwegen.“* Z tego opisu pozwolę sobie przytoczyć główne fakta.

W roku 1869 przybyła do kliniki berlińskiéj 19-letnia dziewczyna z znaczną cieśnią krtaniową. Mimo badania wziernikowego nie zdołano wykryć przyczyny cieśni dróg oddechowych. Uskuteczniono niską tracheotomiję; po pewnym przeciągu czasu wystąpiły przypady rany odleżynowéj w tchawicy od kaniuli. Prof. Langenbeck przystąpił z tego powodu do tracheotomii powyżéj gruczołu tarczykowego. Po rozcięciu tchawicy wykazała się taka cieśń tchawicy w têm miejscu, że nie było mowy o wprowadzeniu rurki. Trendelenburg uskutecznił późniéj długie cięcie w tchawicy od chrząstki pierścieniowatéj na wskroś przez gruczoł tarczykowy rozcinając całą przednią ścianę rurkowatéj części tchawicy i rozpoczął rozszerzanie téjże za pomocą stałych cynowych świeczek, które aplikował od zewnątrz celem rozmiękczenia i ewentualnego zropienia istoty zwężającéj tchawicę. Późniéj zastósowywał także i rurkowate przyrządy, a gdy po zgojeniu rany operacyjnéj cieśń trwała, amputował Trendelenburg nakrywkę, gdyż przekonał się, że opadanie téjże ku dołowi i tyłowi było powodem ciągle jeszcze trwającéj cieśni. Mimo tak licznych usiłowań nie osiągnięto zupełnego skutku. Po kazuistycznym opisie podaje Trendelenburg wyraźnie i szczegółowo prawidła mechanicznego leczenia cieśni krtaniowych i tchawiczych za pomocą świeczek cynowych, a które należy uważać jako istotny pierwowzór metody Schröttera, obecnie pod nazwą tego ostatniego autora znanéj. O tyle ma wszelką słuszność za sobą Trendelenburg w polemice o pierwszeństwo wynalazku wytoczonéj w Nrze 33 *Berl. klin. Wochft.* z r. 1875. Mimo to należy Schrötterowi przyznać zasługę z tego powodu, że wydoskonalił wszystkie szczegóły pod względem technicznym w kierunku rozpoczętym przez Trendelenburga, i stósując konsekwentnie i wytrwale metodę leczenia u wszystkich swoich chorych z przewloczną cieśnią krtaniową, jakoteż przez osiągnięcie zupełnego skutku swoich usiłowań u większej liczby chorych i dokładne dotyczące sprawozdania kazuistyczne z 11 przez siebie leczonych przypadków podniósł ten sposób leczenia do wysokości metody typowéj; patrz *„Laryngologische Mittheilungen. Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie an der Wiener Univ. 1871—1873. Wien 1875* i *„Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen“ Wien 1876.* Szan. Czytelnicy pozwolą przeto, że będę odtąd używał nazwy metody Schroetterowskiéj.

Sposób leczenia wymaga tracheotomii jako wstępnego aktu i odbywa się w następującym porządku: W przypadkach bardzo znacznéj cieśni usiłuje się przez pewien przeciąg czasu torować drogę za pomocą cewników elastycznych, które się przy pomocy wziernika przeprowadza przez światło zwężone i pozostawia w miarę możności od kilku minut do godziny i dłużéj, postępując w skali grubości w miarę odpowiednią. Po wypróbowaniu numeru 12go można przystąpić do numeru 1go przyrządu Schroetterowskiego. Rozumie się atoli samo przez się, że w przypadkach, gdzie tego potrzeba wymaga, należy przed wprowadzeniem cewnika utorować drogę przez przecięcie lub przyżeganie zrostów odpowiednim przyrządem. Schroetterowski przyrząd do rozszerzania światła krtani zwężonéj składa się z następujących szczegółów:

1) Cała skala świeczek cynowych (*Zinnbougie-Zinnbolzen*) obejmująca 24 sztuk. Schroetter wyszczególnia w swoich sprawozdaniach o wiele wyższe numera, zdaje się jednak że one mieszczą się w skali o 24 sztuk, jaką sporządza Leiter we Wiedniu, tak że między najcieńszym i najgrubszym numerem jest wprawdzie liczniejszy zapas świeczek, jednakże się owego minimum i maximum pod względem grubości w powyższéj skali nie przekracza. Kształt tych świeczek jest pryzmatyczny o trójkątnéj powierzchni przekrojowéj odpowiednio trójkątnemu kształtowi światła głośni, o zaokrąglonych kantach podłużnych jako też i obu podstawach; długość ich wynosi 4 cm., a grubość rozmaita i według niéj różni się ich stopień w skali czyli numerowanie. Na wskroś przez te świeczki czyli wałeczki przebiega mosiężny pręcik, który u dołu zakończony jest guziczkiem osadzonym na cieńszéj części tak zwanéj szyjce, a u góry uszkiem; obok uszka znajduje się w samym wałeczku płytki rowek.

2) Przewodnik do wprowadzenia świeczek, to jest rurka metalowa na kształt cewnika z odpowiedniém zgięciem przeprowadzona na wskroś przez rączkę rogową, na któréj osadzone są dwa tępe haczyki na kształt skrzydełek po obu bokach; u przedniego końca przewodnika wystercza ostra i cieńka a krótka nasadka.

3) Malutka pincetka a raczéj szczypczyki (pincetką nazywa je sam Schroetter) o cienkich i na całéj długości stykających się skrzydełkach z płytkiemi półksiężycowemi rowkami, zlewającemi się po zetknięciu się obu skrzydełek w okrągłą dziureczkę. Skrzydła pincetki roztwierają i zamykają się za pomocą śrubki umieszczonéj w rączce, a raczéj w tylnych ramionach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

II.

Dwie owaryjotomije. Wyzdrowienie.

Napisał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13.)

Operacyję wykonaliśmy dnia 9/XII 1879 r. o 2½ g. po południu w naszéj klinice w pokoju na ten cel już od

kilku dni jak w poprzednim przypadku przygotowanym. Do uśpienia i w tym przypadku użyliśmy mięszaniny Billrotha. Cięcie skórne wykonaliśmy początkowo w tym samym kierunku i w tychże rozmiarach, jak w pierwszym przypadku; przekonawszy się atoli ku naszemu niemiłemu zdziwieniu, że na całej przestrzeni cięcia guz do ścian brzusznych był przyrośnięty, przedłużyliśmy cięcie ku górze aż blisko pępka. Gdy i teraz nigdzie nie natrafiliśmy na miejsce wolne od zrośnięć, zaczęliśmy ku lewéj stronie odłączać zrośnięte blaszki otrzewnéj. Mimo że na szerokość i długość dwóch dłoni odłączyliśmy zrosty, jeszcze nie natrafiliśmy na wolną jamę. Kiedy po przecięciu jeszcze jednéj warstwy guza i tu również łatwo blaszki dały się rozdzielić, mianowicie po prawéj stronie, na chwilę zwątpiliśmy, czy początkowo rozdzielaliśmy ku prawéj stronie zrośnięte blaszki otrzewny, lub też może mylnie blaszkę ścienną od ścian brzusznych, co już nieraz nawet bardzo biegłym operatorom się trafiło. Niechcąc daléj niepewno postępować, postanowiliśmy nakłuć torbiel w nadziei, że po wypuszczeniu płynu daleko łatwiéj uda nam się zoryjentować. Niestety znowu nie miłe rozczarowanie: z trójgrańca Sp. Wellsa nic nie wypływało, a po jego wyjęciu przekonaliśmy się, że guz był złożony z tkanki stałéj. Po tym zawodzie nie pozostawało już nic innego, jak rozszerzyć cięcie ku górze okalając pępek ku lewéj stronie i o ile możności ku dołowi; cięcie teraz rozpoczynało się $2\frac{1}{2}$ cm. powyżéj spojenia łonowego. U góry pomimo tak wysokiego cięcia nie natrafiliśmy na miejsce wolne od zrostów; u dołu zaś znaleźliśmy wolny otwór, przez który 2 palce do jamy brzusznéj pomiędzy pęcherzem a macicą dobrze wprowadzić mogliśmy. Teraz przekonaliśmy się, że pierwsze nasze odłączanie tyczyło się rzeczywiście zrostów pomiędzy blaszkami otrzewnéj. Po rozszerzeniu otworu wprowadziliśmy całą rękę do jamy brzusznéj i znaleźliśmy, że ku lewéj stronie zrosty jeszcze nieco daléj sięgają, aniżeli je już oderwaliśmy, ku górze tuż na kilka palców powyżéj górnego końca naszego cięcia; zrosty te odłączyliśmy ręką bez wielkich trudności; ale ku prawéj stronie i dołowi, gdzie guz zupełnie był do ścian brzusznych przyrośnięty, zrosty wcale nie dawały się ręką rozerwać. Próbowaliśmy więc oddzielenia guza warstwą niżéj, gdzie to już na początku zaczęliśmy odłączać i co już wtenczas łatwo się udawało. Rzeczywiście i dalsze rozdzielanie nie sprawiało znaczniejszych trudności. W tym kierunku więc całą górną część guza od obejmującéj go blaszki oddzieliliśmy bez narzędzi, a tylko tam, gdzie już blaszkę obejmującą oddzieliliśmy od ścian brzusznych zaraz z początku, która to część nadto cokolwiek silniéj z guzem zdawała się być połączoną, tam blaszkę tę nożycami przecięliśmy i kawał jéj, wielkości dwóch rąk przy guzie zostawiliśmy. Następnie i dolną część guza sięgającą ku tyłowi aż w małą miednicę wydobyliśmy powoli rękami bez wszelkich narzędzi; szypułki nie było wcale. Przy całém wyłuszczaniu nie podwiązaliśmy ani jednéj tętnicy, tylko jednę żyłę wielkości gęsiego pióra, przebiegającą w luźnéj tkance nad guzem podwójnie podwiązaliśmy i przecięliśmy pomiędzy ligaturami.

Guz był tak olbrzymi, że mimo tak wielkiego cięcia trudno było go przez otwór ścian brzusznych wydostać. Jajowód prawy tuż obok guza leżący był gruby jak paluch ręki, ściany jego przerosłe i zmarszczone. Na macicy pod otrzewną dwa guzy: jeden wielkości średniego jabłka, drugi mniejszy. Drugi jajnik był prawidłowy.

Staraliśmy się dokładnie przedstawić przebieg operacyi, dla tego téż z powodu zagmatwanych stosunków i opis cokolwiek jest niejasny. Postaramy się więc rzecz cokolwiek dokładniéj objaśnić, tak jak ją sobie tłumaczymy:

Po wyjęciu guza pozostała więc w prawéj stronie brzucha jama ograniczona niezbyt grubą błoną ku prawéj stronie zupełnie z ścianami brzusznemi zrosłą, ku górze, dołowi i lewéj stronie po większéj części wolną. Miąższowe krwawienie z téj jamy staraliśmy się gąbkami zatamować, co się téż po części udało — nie mogliśmy dokładnie toalety brzusznéj zrobić, bo zawsze świeżo napływało płynu surowiczego krwią zabarwionego. Założyliśmy następnie 2 sączki do jamy Douglasa, 2 sączki do jamy, z któréj guz wyłuszczyliśmy, i 2 sączki w bok prawy pomiędzy blaszkę jamy i ściany brzuszne. Jednym szwem przymocowaliśmy prawą ścianę blaszki do odpowiedniéj ściany brzusznéj, a nareszcie zeszyliśmy całą ranę. Głębokie szwy szły na przemian z powierzchownemi a wszystkie przeszywały otrzewnę. Oprawa przeciwgnilna. Guz ważył 15 kilo i 250 gramów, powierzchnia jego gładka; na przekroju widać utkanie włókniste, gniazdowate; nadto składa się z dwóch guzów dobrze odgraniczonych: dolny mniejszy całkiem włóknisty, twardy; górny większy pomiędzy włóknistemi częściami zasiany większemi i mniejszemi torbielami, z których niektóre dochodzą wielkości jaja kaczego i są wypełnione płynem śluzowatym; ta część téż przed rozkrajaniem wyraźne przedstawiała chełbotanie. Pod drobnowidem guz również przedstawiał się jako włókniak. Mieliśmy więc do czynienia z *cysto-fibroma ligamenti lati dextri*, a zatém rozpoznanie podane przed operacyją było mylne, co otwarcie przyznajemy, omyłki trudno było uniknąć, bo jeszcze po wyjęciu guza przed rozkrojeniem chełbotanie było wyraźne. Na rozpoznanie prawdziwe mogły nas naprowadzić jedynie poprzednie bezskuteczne nakłucia, dawniéj przez kolegów wykonane. Ale i tu koledzy przed operacyją nas zapewniali, że im się zdawało, jakoby guz przed niezbyt długim trójgrańcem ku tyłowi się usuwał.

Przebieg pooperacyjny był w krótkości następujący: Pierwsze dwa dni chora bardzo osłabiona, nie skarżyła się na ból w żywocie, wymiotów nie było. Ciepłota dochodziła wieczorem 2go dnia do 38,5, 3go dnia nudności, żywot wzdęty, rznięcie; $1\frac{1}{2}$ łyżki *ol. ricini* ani Hegar nie skutkowały. 4go dnia enema z *Jnf. sennae comp.* skutkowała, po czém bóle się zmniejszyły, późniéj znów powiększyły się, ale ostatecznie powoli się zmniejszały, mianowicie zwykle po odejściu wiatrów chora miewała ulgę. 8go dnia odeszła w stolcu glista, sączki zmieniono. 14go dnia otworem nad spojeniem łonowém wypłynęła znaczna ilość ropy cuchnącéj· pochodziła ona z jamy, z któréj wyjęto guz. W następnych dniach codziennie mniejsza lub większa ilość ropy wypływała razem z strzępkami z wyżéj wymienionego miejsca; powoli wydzielina się zmniejszała, aż 26go dnia zupełnie ustała i rana się zagoiła. W 31 dni po operacyi chora wyleczona opuściła zakład.

Mimo tak częstego wykonywania owaryjotomii nie załatwiono jeszcze do dziś dnia niektórych sprzecznych kwestyj. I tak np. niektórzy operatorowie radzą szypułkę zawsze zagłębiać, inni tylko wtenczas, jeżeli nie można jéj bez naciągania ująć w klamrę. Do pierwszych należą S c h r o e d e r, O l s h a u s e n, H e g a r i inni, do ostatnich S p e n c e r-W e l l s, B i l l r o t h. Druga kwestyja: czy używać podczas operacyi sprayu lub nie. Kilka mniéj ważnych kwestyj pomijamy.

Co do pierwszego pytania to już z wyliczonych na-

zwisk widać, że autorowie, którzy ściśle stosują oprawę Listera są przeciwni klamrze; czy słusznie, trudno rozstrzygnąć. W pierwszym naszym przypadku wprawdzie spostrzegaliśmy, że w zagłębieniu naokoło szypułki pomiędzy jéj ścianami, a ścianami brzusznemi zbierały się wydzieliny rany całéj i ropa, nim klamra odpadła. Obawialiśmy się rzeczywiście, żeby przypadkiem jaką szczeliną szkodliwe te płyny nie dostały się do jamy brzusznéj i nie wywołały ogólnego zapalenia otrzewnéj, co nas skłaniało do częstszéj zmiany opatrunku. Zdaje się atoli, że zlepienie pierwotne pomiędzy otrzewną szypułki a ścian brzusznych tak wcześnie powstaje, że podobne obawy są płonnemi. Największa dotychczas statystyka Sp. Wellsa przemawia przynajmniéj za tém i za zakładaniem klamry. Do 12 czerwca 1878 r. wykonał Spencer Wells [1]) 900 owaryjotomij; z tych w 627 przypadkach założył klamrę na szypułkę, a w 157 podwiązał szypułkę i zatopił; z pierwszych umarło 130 = 20,73%, z ostatnich 60 = 38,2%. Śmiertelność więc po téj saméj operacyi wykonanéj przez tego samego operatora była nieomal dwa razy tak wielką po zatopieniu szypułki, aniżeli po założeniu klamry. Liczby te znaczą dla Billrotha *(Chirurg. Klinik. Wien* 1871—1876) daleko więcéj, niż wszelkie teoretyczne rozumowania, a zresztą i jego doświadczenie za klamrą w tych przypadkach przemawia gdzie szypułka jest dość długą, żeby można klamrę bez naciągania przyrządów brzusznych założyć. Schroeder [2]) zaś i zwolennicy zatapiania szypułki zarzucają metodzie zewnątrz otrzewnowéj, że wewnętrzne przyrządy naciągają się mianowicie, jeżeli szypułka jest krótką. Ten zarzut odpada, bo i Sp. Wells i Billroth radzą tylko wtenczas zakładać klamrę, jeżeli szypułka jest dostatecznie długą. Daléj zarzucają, że szypułka wrośnięta w dolnym kącie rany tworzy szeroką bliznę, przez którą późniéj nieomal zawsze występują kiszki i tworzy się przepuklina brzuszna. Gdyby tak było, to dziwna, że Sp. Wells, który tak dokładnie badał dalsze powodzenie operowanych, tego nie zauważył; w rozprawie swéj nic o tém nie wspomina. W naszym 1 przypadku wytworzyła się wprawdzie także przepuklina brzuszna i to jak już namieniliśmy z własnéj winy operowanéj, ale właśnie górna część blizny się rozszerzyła, a nie dolna, gdzie szypułka była wrośnięta.

Najważniejszy zarzut podług Schroedera jest ten, o którym już zaraz na początku mówiliśmy, że metoda zewnątrzotrzewnowa nie zgadza się z Listerem i daje możność do zakażenia choréj jeszcze po operacyi, a nareszcie, że zabliźnienie rany przy tym sposobie dłuższego wymaga czasu. Zalety metody wewnątrzotrzewnowéj są podług Schroedera znaczne, bo od razu po operacyi zamyka się szczelnie jamę brzuszną i tylko wtenczas trzebaby tego sposobu zaniechać, gdyby był niebezpieczny albo niepewny. Podług niego ani jedno ani drugie nie ma miejsca, bo ani ligatury (*ligatures perdues)* ani odwiązana część szypułki *(Schnürstumpf)* nigdy nie wywołują niebezpiecznego zapalenia. Przyznaje wprawdzie, że ligatury jedwabne nie raz, mianowicie jeżeli ich dużo na jedném miejscu, wywołują zapalenie miejscowe i otorbiają się, a nieraz nawet przez kiszki wyropieją, ale dzieje się-to zawsze bez wielkich dolegliwości i bez żadnego niebezpieczeństwa dla choréj, częściéj zaś zupełnie giną bez śladu.

[1]) Die Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschwülste. 6 Vorträge von T. Sp. Wells. verwerthet von Dr. Junker. Leipzig Breitkopf u. Härtel.

[2]) Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane pag. 398, najnowsze IV wydanie.

W każdym razie pierwsze przypadłości wcale nie mały stanowią zarzut przeciwko metodzie intraperitonealnéj. Catgut porzuca Schroeder jako materyjał niepewny. Spór powyższy trudno obecnie rozstrzygnąć; należałoby wynaleść materyjał do ligatur, któryby zatopiony nigdy nie wywoływał ani nawet miejscowego zapalenia i zawsze został wessany, a z drugiéj strony chronił tak pewno przed krwotokiem jak jedwab.

Przechodzimy do drugiéj kwestyi: Trendelenburg [1]) uważa spray w ogóle za nie potrzebny do przeciwgnilnego opatrunku. Nie godzimy się na jego wywody w ogóle; przyznajemy chętnie, że są tak dobre sale operacyjne z tak wyborném powietrzem, że można się rzeczywiście bez sprayu obejść, nie można atoli tych wyjątków uważać jako zasadę. Inaczéj się ma rzecz z mgłą przy owaryjotomii. Pierwsze owaryjotomije widzieliśmy wykonane przez Hütera pod mgłą i uderzyło nas, jak otrzewna kiszek coraz silniéj się nastrzykiwała, tak iż w końcu była znacznie zaczerwienioną. U Billrotha widzieliśmy owaryjotomije wykonane bez mgły i tam kiszki się tak nie zaczerwieniały. Zaczerwienienie kiszek tłumaczyć możemy galeczkowatym zastojem (*globulöse Stase)* wywołanym przez kwas karbolowy, jak to wykazaliśmy w rozprawie naszéj p. t. Przyczynek do działania kwasu karbolowego (cfr. Gaz. Lek.). Wprawdzie zastój gałeczkowaty to jeszcze nie zapalenie, ale nie trudno o choćby małą szkodliwość z powietrza, któraby przy sprzyjających okolicznościach wywołała przejście w zapalenie. Jedyną drogą, żeby nie drażnić kiszek mgłą karbolową a mimo to nie narazić operowanych na zakażenie z powietrza, jest dokładne odwietrzenie i nasycenie kwasem karbolowym pokoju operacyjnego, jak to uczyniliśmy w naszych 2 przypadkach.

III. Przebicie gwoździem czaszki, drgawki epileptyczne, usunięcie gwoździa, ustanie napadów.

Skreślił **H. Rotter.**

Jakób F. piekarz, zamieszkały w Rzeszowie, uderzył wychodząc z niskiego domu głową o okap dachu i uczuł jakby był do dachu głową przyczepiony. Uchylając się gwałtownie, poczuł nieco bólu w miejscu uderzenia, lecz nie spostrzegł dotykając się ręką żadnéj rany lub krwawienia na głowie. Nazajutrz nabrzmiało mu to miejsce, gdzie się był uszkodził, co jednak tylko przez trzy dni trwało, poczém się czuł zupełnie zdrowym, nie doznając nawet najmniejszego bólu głowy. Po niejakim czasie spostrzegł, jak się wyraził, brodawkę na miejscu uderzenia, prawdopodobnie była to ziarnina, po zdrapaniu któréj paznokciem pozostała krwawiąca nieco ranka, która się w krótkim czasie zupełnie zagoić miała. Przez 3 lata czuł się zupełnie zdrowym, tak iż wszelkie czynności zawodowe pełnił bez najmniejszéj przeszkody, po upływie tego czasu, mianowicie w październiku 1879 roku, zauważył iż mu lewa górna odnoga trętwieć poczęła. Trętwienie trwało przez kilka minut i powtarzało się 3 lub 4 razy w tygodniu. Na początku listopada 1879 dostał nagle zawrotu głowy i drgawek w całém ciele, podczas wsadzania chleba do pieca, tak iż się na ziemię obalił, nie stracił jednak przytomności umysłu, gdyż jak utrzymuje widział i wiedział,

[1]) Ueber die Bedeutung des Spray und die antiseptische Wundbehandlung. Langbks. Arch. 24. tom pag. 779.

co się w jego mieszkaniu na ów czas działo i nawet wołał na żonę o pomoc, która jego bełkoczącéj mowy zrozumieć nie mogła. Jak długo napad trwał, nie może dzisiaj powiedzieć, lecz pamięta, iż mu się ramiona w tył wykręcały i że mowa mu się odmieniła. Po trzechgodzinnéj przerwie nastąpił drugi lżejszy napad, który trwał przez kilka minut, poczém chory czuł lekkie strętwienie ciała. Nazajutrz zasięgnął u mnie rady lekarskiéj, przy któréj sposobności stwierdziłem stan następujący:

J. F. 45 lat wieku, miernego wzrostu, wątłego ustroju ciała, miernie odżywiony bladéj cery twarzy, z wyrazem trwogi leżał w łóżku i żalił się na ogólne niedomaganie, na trętwienie ciała i na zawrót głowy. Skóra na ciele lekko potem zwilżona, spojówka gałki oka i powiek lekko nastrzyknięta, źrenice nieco rozszerzone, na wpływ światła leniwo oddziaływające; tętno 70 na minutę, miękkie, ciepłota ciała nie podwyższona; władze umysłowe, ruchy i funkcyje ciała nie okazywały żadnego zboczenia. Na krótko ostrzyżonéj głowie $2^1/_2$ cm. nad szwem wieńcowym, odpowiednio szwowi strzałkowemu, postrzegłem płytkie wklęśnięcie ogłowia, które było do kości mocno przyczepione, wielkości pół centa. Na środku tegoż wklęśnięcia znajdowała się ranka wielkości soczewicy pulchnemi ziarninami lekko krwawiącemi pokryta, przez które zgłębnik torując sobie drogę z łatwością na $1^1/_2$ cm. w głąb w kierunku pionowym zanurzył się nie napotykając nigdzie obnażonéj kości. Mimo to zdradzała sonda, która ugrzęzła w wązkim otworze o ścianach twardych niepodatnych, iż się znajdowała w sztucznym otworze pomiędzy kościami. Dla wskazanéj jednak ostrożności zaniechano głębszego badania. Nie będzie może od rzeczy przytoczyć, iż do téj chwili chory o zajściu opisaném na wstępie wcale nic nie wspominał i że tylko podczas badania głowy przypadkiem opisaną rankę odkryłem, która wydzielała nader skąpo płyn ropiasty.

Sądząc, iż mam do czynienia z pruchnieniem kości czaszki, zarządziłem stósowne leczenie rany, przestrzeganie regularnych stolców i zapisałem kali bromat. Do lutego rb. były napady dosyć rzadkie i lekkie. W tymże miesiącu przybył Jakób F. widocznie radośnie zdziwiony do mnie okazując mi odłamek gwoździa, bez główki, który przy czesaniu głowy grzebieniem z opisanego otworu na głowie miał wydobyć. Gwóźdź, który jest u mnie zachowany, przedstawia odłamek gwoździa, służącego do przybijania gontów bez główki, która widocznie odłamaną została przed długim czasem, mierzy 2 cm. długości, przeszło 2 milim. średnicy i jest nieco łukowato zgięty, tak iż przedstawia odcinek dużego koła. Drugi koniec odłamka jest śpiczasty, nieco zakrzywiony, a powierzchnia tegoż zczerniała, czworograniasta, jest zaschłą krwią powleczona.

Ponieważ Jakób F. jest wszystkim lekarzom w miejscu znany, jako prosty, uczciwy i pracowity człowiek, którego pdanie zasługuje na wiarę, przeto przedstawiłem go dnia 28 lutego rb. na zebraniu sekcyi rzeszowskiéj, gdzie zajście dosłownie opowiedział. Po wyjęciu gwoździa badałem świeżą ranę zgłębnikiem i znalazłem takową jeszcze drożną dla sondy na $1^1/_4$ cm. w kierunku pionowym i stwierdziłem, iż brzegi otworu są nieruchome i twarde pokryte ziarninami. Obecnie, to jest podczas kreślenia tego opisu, jest ranka już zupełnie zabliźniona a Jakób F. czuje się być zupełnie zdrowym, wyjąwszy strętwienie palca dużego stopy lewéj i palca usznego ręki prawéj, które się datuje od pierwszego napadu drgawek.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. W. Hübner: O leczeniu ospy.

Sprawozdanie Dra J. Warschauera.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Dr. Hübner zaleca kwasu chlorowodowego i kwasu azotowego po 4 gramy na 180 gramów wody przekroplonéj, w téj cieczy maczać należy płateczki płócienne, i okłada się niemi skórę wysypką pokrytą, nad tym okładem stosują się okłady z wody zimnéj lub kawałeczki lodu.

Tym sposobem limfa zawarta w niesztowicach krzepnie i wstrzymanym zostaje dalszy ich rozwój; ze zniknięciem pęcherzyków poprzestać należy ze stósowaniem okładów z domieszką kwasów kopalinowych, wówczas bowiem wystarczają okłady z zimnéj wody stósowane, pod nimi zmniejsza się i rozdziela nabrzękłość zapalna, skóra staje się gładką i całkowicie prawidłową.

Nim Dr. H. doszedł do wzmiankowanego sposobu leczenia, próbował wprzód rozmaitych środków ku niszczeniu niesztowic i ku zapobieżeniu pozostającym bliznom, które najczęściéj na twarzy wydarzać się zwykły i bardzo ją oszpecają.

H. sądzi, że na twarzy dla tego wysypka bywa najobfitszą, bo na niéj włosowate naczynia są najliczniejsze, z razu leczył samemi okładami z wody i octu, biorąc równe części każdego.

Przy téj zposobności opisuje przypadek następujący: Razu jednego wezwano go już ze zmierzchem do młodéj położnicy silnie gorączkującéj, u któréj rozpoznanie choroby bardzo było łatwe, gdyż cała twarz była posiana guziczkami ospowemi; gdy choréj oświadczył, że ma ospę, taż była w rozpaczy i prosiła go usilnie, aby użył wszelkich środków, by nie została zeszpeconą krostami i bliznami. Dotychczas używał był okładów z wody i octu, a wiedząc z doświadczenia że one nie tak szybko skutkują, że dopiero po 10 do 12 dniach można się spodziewać pomocy, powziął myśl użycia rozcieńczonych kwasów kopalinowych, radząc je tylko trzy razy dziennie stósować; tym czasem służba przejęta zbytnią troskliwością, całą ilość cieczy przez noc zużyła, a Dr. H. przybywszy nazajutrz znalazł twarz choréj połyskującą, czerwoną, gorącą i bardzo nabrzękłą, tak że chora ledwie powieki przetrzeć i otwierać mogła. Na taki widok przyszło mu na myśl, że gdyby teraz ropienie nastąpiło, toby się na twarzy uformował jeden wielki ropień, a zeszpecenie byłoby okropne! Dumanie jego przerywa skłopotany mąż z zapytaniem, czy rzeczywiście stan jego żony jest groźny; H. jakby ze snu przebudzony odpowiada, że wprawdzie stan obecnie jest groźny, ale że go przynajmniéj to pociesza, że wszystkie grudki poznikały, a teraz tylko o to się rozchodzi, aby się nabrzękłość rozeszła, ktemu celowi zarządził stósowanie okładów z wody lodowéj, a przerzeczone leczenie tak było skutecznem, że już nazajutrz, a zatem zaledwie w dobę, nabrzękłość coraz bardziéj malała i powoli znikała, tak że twarzyczka młodéj pacyjentki ocalała.

Dr. H. uważa ospę za zboczenie chemicznéj sprawy skórnego narządu, wywołane przez wpływy powietrza atmosferycznego, które uregulowaném być może w sposób wyżéj określony.

Błędném jest podług niego mówić o istocie ospowéj lub o jadzie ospowym, bo każdy łatwo pojmie, że jeżeli ospa może być uleczoną bez utraty substancyi i bez pozostawienia

po sobie blizn, to osiągniętém być może jedynie przez tworzenie się nowéj skóry z limfy mieszczącéj się w pęcherzykach ospowych, czyli przez postępowanie wyżéj wyszczególnione.

Jeżli zaś wysypka znajduje się w okresie ropienia, jeśli ciecz zawarta w niesztowicach jest gęsta, mętna i ropiasta, natenczas kompletne zanikanie wysypki, czyli jéj całkowite uleczenie jest niemożebne, albowiem treść niesztowic uległa zepsuciu i stała się niezdolną do wytworzenia się z niéj prawidłowéj skóry, wprawdzie treść niesztowic krzepnie przez działanie kwasów kopalinowych, ale się w tym razie tworzy tylko zbita skorupa, która po kilku dniach odpada, przez co tyle się tylko zyskuje, że niesztowice ropieją, że się nie tworzą brunatne strupy okrywające twarz jakby maską i że nie wydają cuchnącéj woni, jaka się wydarzać zwykła przy ropiejącéj ospie.

Leczenie przeto zasadza się na uporządkowaniu sprawy organiczno-chemicznéj w narządzie skórnym, przez wzmiankowane powyżéj leczenie dopełnia się aktu chemii organicznéj w żyjącym ustroju ludzkim, gdyż chemiczny narząd chorego, to jest dwie górne warstwy skóry, staramy się sztucznie sprowadzić do prawidłowego stanu, a to przez stosowanie okładów wilgotnych, czém drożność skóry przywracamy do prawidłowego stanu, tak że przez utlenienie cieczy ciała, to jest krwi i limfy w wysypce zawartéj a krzepnącéj, nowa wytwarza się skóra.

(Dokończenie nastąpi).

Prof. M. Peter: O leczeniu gruźliczych.

Nie może być mowy o leczeniu suchót płucnych, bo takowe nie istnieją; „suchoty płucne“ jest to pojęcie oderwane, a pojęcie oderwane nie może być przedmiotem leczenia. Lekarz ma do czynienia z chorymi gruźlicą dotkniętymi i może im przynieść jaką ulgę, nie zaś z gruzełkami, w obec których jesteśmy bezsilni. Hypoteza o swoistości cierpienia gruźliczego sprawiła, że niektórzy lekarze szukali przeciw niemu swoistego środka: dla jednych stało się to żródłem zwątpienia, dla innych szarlatanizmu.

Nie możemy więc żadną miarą zwalczyć odśrodkowych wpływów gruzełka. Możemy wpływać na przyczyny powstawania gruzełków, nie na przyczyny już minione, lecz na przyszłe, tj. na wszystko to, coby gruzełki wywołać mogło; winniśmy temu zapobiegać, by w człowieku gruźliczym gruzełki coraz więcéj się nie rozwijały, a to możebném jest jedynie na drodze higijenicznéj.

Ideałem takiego leczenia byłoby zatém:

1. Usunąć chorego z pod wpływów szkodliwych, zewnętrznych czy wewnętrznych, fizycznych czy moralnych, śród których stał się gruźliczym.
2. Ograniczyć rozwój gruzełków już istniejących.
3. Zwalczać towarzyszące im przekrwienia, jakoteż szkodliwe ich następstwa w oskrzelach i płucach.
4. Jak najtroskliwiéj baczyć na przewód pokarmowy.
5. Podtrzymywać wszelkiemi sposobami przyrządy nerwowy i mięśniowy.
6. Uwzględnić różnorodne postacie rozwoju gruźliczego, niemniéj odporność narządu i ustroju.

Ze względu na początkowy rozwój gruzełków należy przedewszystkiém u osobników przez swą słabowitość do tego skłonnych, takowemu zapobiedz.

W przeważnéj liczbie przypadków samodzielne powstawanie gruzełków jest następstwem podupadłéj sprawy trawienia lub oddychania; zapobiegając téj przyczynie lub usuwając już istniejącą, stawiamy chorego w najlepszych warunkach, aby go ochronić od gruzełków.

Mając np. przed sobą dziecko zołzowe, limfatyczne lub co gorsza, dziecko już po ojcu lub matce skłonne do gruźlicy, — jakąż ulgę możemy mu sprawić, jak je leczyć? Gdy Petera niegdyś w tym kierunku prosił o radę ojciec, którego dziecko pochodziło z matki suchotniczéj, odpowiedział mu, że dziecko jego trzeba pokierować na chłopa wiejskiego, przez co chciał powiedzieć, że należy życie w mieście porzucić dla życia wiejskiego, życie w pokojach zamienić na życie w polu, miasto unikać słońca raczéj się nań wystawiać, szukać zimna miasto się przed niém chronić, kąpiele ciepłe zastąpić rzecznemi, spokój ruchliwą pracą, ćwiczenia umysłowe mięśniowemi, jedném słowem wieść życie naturalne: oto jest istotne leczenie zapobiegawcze. I rzeczywiście w ten sposób zdołał dziecko to przez dziesięć lat po śmierci suchotniczéj matki uchronić od wszelkiéj choroby i to bez pomocy jakiegokolwiek leku.

Człowiek to zwierzę; obojgu przeznaczono żyć na wolném powietrzu. Cywilizacyja wszystko zmieniła: zamiast sklepienia niebios pokryliśmy się sztucznym dachem, zamiast wolnego bez granic powietrza używamy szczelnie odgraniczonego i zatrutego. Nie dość na tém: przebywając śród murów coraz bardziéj a bardziéj się ścieśniających, mieszkaniec miasta podkopuje i ciało i ducha, bo nie uznaje różnicy między dniem a nocą, byle tylko przedłużyć trwanie swéj pracy lub używania; tém to organiczném zużyciem przedwcześnie się wyniszcza albo sprowadza rozwój gruźlicy w samym sobie lub w swojéj rasie.

Oto co nas kosztują cudowne postępy ludzkości! Czy z tego wynika, abyśmy się zrzekli zdobyczy cywilizacyi i wrócili do stanu pierwotnego? Nie byłoby to ani możebném ani rozumném. Co osiągnąć możemy, to to, by uwzględniać higijenę tak w budownictwie, jako i w urządzeniu domowego ogniska: ciasne a kryte ulice miast zastąpmy szerokiemi i prostemi, któreby miały dość słońca i światła, uczyńmy wolny przystęp powietrzu i wodzie, sadźmy jak najwięcéj drzew.

Powiedziano powyżéj, że możemy także powstrzymać rozwój gruzełków. Jakim sposobem? Przez zmianę higijeny. Nieszczęsny, kto tego uczynić nie może, lub mogąc nie czyni.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Beneke: O leczeniu raków.

W rozprawie umieszczonéj w 15 tomie pisma *Deutsches Arch. f. klin. Med.* starał się B. uzasadnić nadzieję, że przez wybór i zastósowanie odpowiedniéj dyjety u chorych dotkniętych nowotworem rakowym możnaby znaczną przynieść im ulgę a może i zupełnie ich od ciężkiego cierpienia uwolnić. Nadzieję tę opierał na tém, iż większa część chorych rakowych odznacza się silną więzią ciała (przynajmniéj w początkach cierpienia), posiada szerokie naczynia tętnicze, wielką(?) a dzielnie funkcyjonującą wątrobę, obok małych stosunkowo płuc; że mięszanina soków u takich chorych zawiera obfitą ilość fosforanów alkalicznych i ziemnych, dużo cholestaerynu i lecytynu a może i zbyt wiele istot białkowatych. Na podstawie tych to stosunków, częścią przedmiotowo stwierdzonych, częścią zaś prawdopodobnych, doszedł B. do przekonania, że przez podawanie pokarmów ubogich w istoty azotorodne i sole fosforowe możnaby powstrzymać

u chorych rozwój nowotworów rakowych. Prócz tego zwrócił B. uwagę na obfite wytwarzanie żółci i częste stosunkowo powstawanie kamieni żółciowych u chorych rakowych, tudzież że obfitemu wydzielaniu żółci możnaby zapobiedz przez podawanie pokarmów bezazotowych, przeważnie roślinnych, wody karlsbadzkiéj, marienbadzkiéj itp. B. rozumuje w tym względzie jak następuje: Pierwoszcza komórek składa się przeważnie z wody, białka, cholesterynu i lecytynu, małych ilości tłuszczów lub kwasów tłuszczowych i chlorków alkalicznych. Zdaniem Benekego komórki raka, zwłaszcza miękkiego a może i wszystkie komórki przybłonkowe dużo stosunkowo zawierają cholestearynu (i lecytynu?). Ponieważ zaś cholesteryn powstaje z istot białkowatych, te zaś ostatnie zawierają również wiele fosforanów, to chcąc zapobiedz zbytniemu rozwojowi tworów przybłonkowych, winniśmy chorym naszym podawać pokarmy jak najmniéj zawierające cholesterynu, lecytynu i fosforanów. W tym celu nie wystarcza bynajmniéj polecenie chorym w mowie będącym t. zw. dyjety roślinnéj, gdyż wiadomo, że niektóre pokarmy roślinne zawierają dużo białka, inne zaś soli fosforowych itd. Ustanowienie odpowiedniéj dyjety może się tylko opierać na dokładnéj znajomości składników poszczególnych naszych pokarmów. Według powyższych zasad podaje B. następujące przepisy dyjetetyczne dla chorych rakowych:

Na śniadanie: mocna herbata z cukrem i śmietanką (także kakao); do tego mały kawałek chleba z masłem. B. poleca także ulubione u Niemców pieczone ziemniaki z masłem. Na drugie śniadanie: Owoce surowe lub gotowane, parę biszkopcików angielskich lub kawałek chleba z masłem, kieliszek wina.

Na obiad: zupa owocowa, winna lub ziemniaczana; nie więcéj nad 50 grm. mięsa; ziemniaków pod dostatkiem; różne jarzyny i owoce; ryż, sałaty, lody, wina reńskie lub mozelskie lub szampan; piwo w małych tylko ilościach, ponieważ zawiera dużo fosforanów alkalicznych.

Na podwieczorek: herbata z cukrem i śmietanką i kawałek chleba z masłem; także świeże owoce i parę biszkopcików.

Na wieczerzę: zupa jak na obiad; ryż z owocami; ziemniaki, sardynki w oliwie, świeże śledzie; kaszka hreczana; lekkie wino.

Powyższa dyjeta ma w zupełności odpowiadać swemu przeznaczeniu, gdyż w ten sposób stosunek spożywanych istot azotorodnych do bezazotowych wynosi zdaniem B. jak 1:8—9, gdy przy zwyczajnéj dyjecie stosunek ten zachowuje się jak 1:5. Prócz tego soki mało przez to mają zawierać fosforanów alkalicznych, surowica krwi ma być silniéj alkaliczną (podobnie jak u zwierząt roślinożernych) a mocz mniéj kwaśnym. Tém téż tłumaczy B. rzadkie powstawanie raków u zwierząt roślinożernych.

Na dowód, że powyższa dyjeta, nawet po odciągnięciu objętych powyższym przepisem 50 grm. mięsa, wystarcza w zupełności do utrzymania życia i sił chorych tym sposobem żywionych, przytacza B. kilka przypadków, w których chorzy dotknięci rakiem, nie tylko że przy téj dyjecie mieli się wcale dobrze, ale co ważniejsza, u których sposób ten żywienia się zdawał się powstrzymywać rozwój istniejących już guzów rakowych, a nawet jak się zdaje, sprawił zupełny ich zanik.

Takaż sama dyjeta ma być również pożyteczą w łuszczycy. (*Berl. klin. Wchft.* 1880 Nr. 11). *St. Sm.*

Odruchomierz Dra Moczutkowskiego z Odessy.

Jak niezaprzeczoną jest rzeczą, że nauka o odruchach zajmuje umysły fizyjologów, którzy jéj poświęcili liczne prace tak z dziedziny spostrzegania jak i doświadczenia, tak trzeba przyznać z drugiéj strony, że fizyjologija patologiczna nie idzie w parze, względnie do odruchów, z fizyjologiją prawidłową; że ograniczając się tylko do stwierdzenia, czy istnieją u chorego odruchy, nie baczy ona na sposób ich powstawania, siłę, szybkość itd.

Fizyjologowie z wielką ścisłością obliczają szybkość odruchową u zwierząt, lecz prawdopodobnie z powodu wielce skomplikowanych przyrządów nie znalazło do téj pory ich nauczanie zastósowania u klinicystów. Moczutkowski przedsięwziął wyrugować z nauki źle określające wyrazy „odruchy przyspieszone, osłabione, wzmocnione" itd. przez wynalezienie takiego przyrządu, któryby wyrażał w liczbach siłę i szybkość odruchów; podaje on w 7 Nrze „Wracza" wzór takiego przyrządu, opartego na mechanizmie zegarowym, a zmierzającego do oznaczenia szybkości odruchów przy bolesném zadrażnieniu skóry. Przyrząd ma trzy tarcze, z których jedna wielka jest podzieloną jak w zegarze, przy obwodzie na 60 podziałek odpowiadających sekundom i ich połowom. Na téj tarczy mieszczą się inne dwie małe, górna i dolna: pierwsza podzielona na 10 podziałek oznaczających $^1/_{10}$ sekundy, druga zaś na 100 podziałek, wyrażających $^1/_{1000}$ sekundy; obroty skazówki téj tarczy są dla oka niespostrzegalne, lecz kontroluje je skazówka małéj tarczy górnéj, która w tymże samym czasie, kiedy skazówka tarczy małéj dolnéj wykona cały obrót, posunie się tylko o jedną podziałkę; tenże sam stosunek zachodzi między tarczą wielką a małą górną; przyrząd ten nakręca się, jak zwykły zegarek, a skazówki mogą być w obie strony obracane. Na górnéj części przyrządu, który kształtem i rozmiarami przypomina kieszonkowy zegarek, znajduje się guzik z wydrążeniem pośrodku, dający się do środka przyrządu wtłoczyć, lecz zapomocą sprężyny wyskakujący po ustaniu działania siły tłoczącéj; naprzeciw tego guzika, od dołu znajduje się drugi guzik, przy naciśnieniu którego wyskakuje z otworu górnego guzika igła; przyrząd zastosowuje się w ten sposób, że się go nakręca i nastawia, następnie badający notuje położenie wszystkich 3ch skazówek, a wreszcie przykłada i przyciska górny guzik do narządu, którego odruchliwość chce zbadać, skazówki stoją nieruchomie; przy naciśnieniu przez badającego dolnego guzika wyskakuje z otworu górnego guzika igła, która ubodzie badanego, a jednocześnie skazówki wejdą w ruch; w chwili gdy badany z bólu usuwa się od igły i guzika górnego, który wyskakuje, ruch skazówek ustaje; różnica w liczbach oznaczających położenie skazówek w chwili rozpoczęcia badania, a temi które wypadły po skończeniu takowego, stanowi szybkość odruchową badanego narządu.

Bez illustrowanego objaśnienia bardzo trudno uczynić zrozumiałém działanie jakiegokolwiek przyrządu, a zwłaszcza z tak skomplikowanym mechanizmem, jak przyrząd o którym mowa. Moczutkowski z wielkiém powodzeniem pokonał trudności techniczne, ale pomimo dokładności przyrządu wyniki badania nim odruchów nie będą mieć téj ścisłości, jaką otrzymujemy np. przy mierzeniu ciepłoty termometrem; odruchomierz Moczutkowskiego podziela te wady, które zarzucamy siłomierzowi, mianowicie, że wola chorego, a zwłaszcza zła wola, może uniemożebnić badanie, że chory stojący na niskim stopniu oświaty, nie przejęty myślą badającego, fał-

szywém zachowaniem się utrudni przeprowadzenie spostrzeżeń dokładnych. Odruchomierz i siłomierz odegrałyby wielką rolę w klinice, gdyby wyniki dokonywanych niemi badań były niezależne od woli i zachowania się chorego, jak to ma miejsce przy badaniu ciepłoty ciała. Lecz Moczutkowski uczynił pierwszy krok na drodze dokładnego badania odruchów, do przyszłości należy usunąć wadliwości jego przyrządu i metody, a jeśli klinicyści nie zastosują zaraz odruchomierza, fizyjologowie znajdą w nim cenny nabytek do badań na zwierzętach. (*Wracz* Nr. 7). *Dr. A. Kuaśnicki.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Prof. Rosenthal podaje następujące uwagi nad działaniem niektórych nowszych środków lekarskich:

1) Brom. Skutkiem zbiorowego działania większych dawek bromu może powstać osłabienie serca lub czynności umysłowych, osłabienie ogólne, nawet niezborność ruchów, prócz tego czyraki i zropienie skóry (Neumann, Guttmann).. Po odstawieniu leku wydziela się brom z moczem jeszcze przez 2 do 3 tygodni. W celu przyspieszenia tego wydzielania łączy R. każdą dawkę bromu z odpowiednią dawką środka moczopędnego (*kali nitricum*, *cremor tart.*, lub *magnesia boracocitrica* po 0·3—0·5 na dawkę.) Wzmożone tym sposobem wydzielanie moczu zapobiega działaniu bromu na ośrodki nerwowe i skórę. Metoda ta jest lepszą niż Gowersa, który stara się osłabić działanie bromu roztworem Fowlera.

2) Atropin. Wiadomo, że atropin już w małych dawkach zmniejsza wydzielanie śliny, potu i mleka. Uszło dotąd uwagi działanie atropinu na jeden jeszcze większy gruczoł gronowy, mianowicie na gruczoł krokowy. Na skuteczność atropinu przeciw upławom nasienia zwrócił R. już dawniéj uwagę. Niedawno temu polecał także Stephanides lek ten przeciw temuż cierpieniu. Na podstawie licznych nowszych postrzeżeń oświadcza R. że atropin nie wpływa pomyślnie na upławy nasienne (*spermatorrhoea*), lecz gruczołu krokowego (*prostatorrhoea*). Kilkodniowe podawanie atropinu po 0·002—0·003 grm. bywa nader skutecznêm przeciw pomazaniom nocnym.

3) Przetwory arsenu. R. postrzegał w roztworze Fowlera obok drobnych płatków osad złożony z ciemnych kulek wielkości małéj główki od szpilki, w których pod drobnowidem wykazano pokurczone, wielokątne, brunatnawe komórki grzybkowe, oraz nieruchome prątki. Zauważał to i prof. Vogel. W dalszych poszukiwaniach pokazało się, że i woda destylowana po kilku tygodniach zawiera bakteryje śród istoty śluzowéj. Być może, iż powolne ubywanie arsenu w roztworze Fowlera (Monière) tłumaczy się redukowaniem takowego przez grzybki i powstawaniem związków wodu. Najskuteczniéj można zapobiedz rozwijaniu się grzybków dodając do roztworu Fowlera równe części gliceryny, która to mięszanina nie mąci się nawet po długim czasie a rozcieńczona wodą może służyć i do wstrzykiwań podskórnych, po których R. widział dobre skutki w *asthma bronchiale*.

4) Po *Quebracho* zauważał R. w rozmaitych postaciach duszności skutki dość dobre. Jest ono dobrym środkiem uśmierzającym. (Porówn. Przegl. Lek. z rb. Nr. 12). (*Wiener med. Bl.* Nr. 12).

ss) Dr. Rothe poleca antiseptyczne leczenie duru brzusznego. W tym celu podawał zwykle: *Rp. Acidi carbol., spirit. vini āā 1·0, trae jodi gtt. decem, trae aconiti 1·0, aq. dest. 50·0, syrupi spl. 10·0, ol. menth. gtt. duas. MDS.* Co godzinę po łyżeczce. R. zauważał, że pod wpływem powyższego środka we wszystkich przypadkach duru brzusznego z wysoką gorączką ranną, najprzód tętno stawało się mniéj częstém, a następnie i ciepłota w ciągu 2—7 dni opadała. Pomyślne działanie to odnosi R. do antiseptycznego wpływu kwasu karbolowego i jodu na wrzody durowe w kiszkach cieńkich. W obec chininu i salicylanu sodowego zaleca się prócz swéj taniości lek powyższy i tém, że go chorzy nawet przez dłuższy czas chętnie przyjmują i to bez jakichkolwiek przypadków ujemnych. Autor nie rozstrzyga, lub kwas karbolowy bez dodania jodu te same wywierałby skutki lub nie. Z dobrym także skutkiem używa R. kw. karbolowego z jodem w suchotach płucnych, błonicy, biegunkach itd. Wiadomo, że autor był jednym z pierwszych (Przegl. Lek. br. Nr. 5), którzy zaczęli stósować środki antiseptyczne sposobem wziewań przeciw suchotom płucnym. (*D. med. Woch.* 1880, Nr. 11 i 12).

ss) Odkąd Brown i Graham wykazali w pracowni Klebsa zabójczy wpływ będźwinianu sodowego na grzybki błonicowe, używali środka tego liczni autorowie, jak Schüller, Klebs, Letzerich i L. Hoffmann w błonicy i szkarlatynie z błonicą. Letzerichowi z 24 przypadków błonicy (między temi było 8 ciężkich) zmarł tylko 1 chory; 12 chorych Hoffmanna wyzdrowiało bez wyjątku, Helfer zaś, zdający sprawę z postrzeżeń swych nad skutecznością powyższego leku w *D. med. Woch.* 1880. Nr. 12, leczył tym sposobem 10 przypadków błonicy z skutkiem nader pomyślnym. H. poleca podawanie w początkach choroby środka wymiotnego (*Tart. stibiat.* 0·18 na 60·0 wody), aby przedewszystkiém wydalić z żołądka materyje gnijące a następnie stósować będźwinian sodowy, już to w mięszance Letzericha (*Rp. Natr. benz. 5·0, aq. dest, aq. menth. pip. āā 40·0, syr. cort. aur. 10·0 MDS.* Wyżyć w ciągu doby), lub też wdmuchiwać za pomocą rozpylacza delikatnie sproszkowany będźw. sodowy do gardła.

ss) Piffard (*Med. Times and Gaz. Jan.* str. 46) podaje następujące wskazówki dla leczenia wyprysku: 1) w okresie ostrym: *argent. nitr, in substantia,* 2) w początkach okresu przewlekłego (zaczerwienienie, powierzchowne łuszczenie, z sączeniem lub zasychaniem części choréj): *Rp. Kali brom. 0·6* do *1·2, aq. rosar., glycerini āā 20·0* do zwilżania. Zamiast tego można także wcierać *decoct arnicae,* a następnie stósować *gold-cream;* jeżeliby swędzenie nie ustąpiło, można miejsca chore zwilżać chloroformem lub mięszanką: *Rp. Hydrat. chlorali, camphor. āā 0·6—0·12, tere exacte c. vaselin. 30·0* S. maść. 3) skoro wytwarzają się pęcherzyki i krosty, zmywać *aq. phagedaenica nigra i lutea;* 4) w razie powstawania strupów czysta woda jest szkodliwą, lepiéj używać: *Rp. Natr. chlorati 1·0—2·0, aq. rosar., glycerini āā 30·0,* późniéj stósować maśc zynkową lub rtęciową. Mniéj skutecznemi są maście ołowiowe. 5) W okresie łuszczenia (*eczema squammosum*) dobrze działają przetwory smołowe. 6) Jeżeli części zajęte wypryskiem przewłocznym są blade, wiotkie, należy drażnić za pomocą *hydrarg. bijodat.* lub *bichlorat.* w postaci maści, albo też nastojem jodowym, kollodyjonem kantarydowym lub pomadą złożoną z wosku i olejku krotniowego. Bardzo pomyślne działanie mają wywierać podskórne wstrzykiwania 0·3—0·6 $^1/_5$—1$^0/_0$owego rozczynu *natri arsenicosi* w miejsca schorzałe. Wstrzykiwania te należy niekiedy powtarzać co 2—3 dni, czasem wystarcza zastrzyknięcie jednorazowe. Jeżeli uda się w ten sposób wywołać znów okres ostry, trzeba leczyć jak powyżéj. Grube nacieki ustępują najłatwiéj pod wpływem mydła potasowego lub rozczynu ługu potasowego.

ss) Cottle (*Lancet 1879, 18 Jan.*) podawał wewnętrznie jodoform przeciw wrzodom kiłowym języka i zmianom chorobowym nosa i połyku. Wypadki były ujemne, a częstokroć występowały objawy ogólnego jodyzmu. Nader pożytecznem jest natomiast zewnętrzne stósowanie powyższego leku, z tém jednak zastrzeżeniem, aby nie używać go podczas okresu ostrozapalnego i bolesnego. Niekiedy jodoform drażni dość silnie, wywołując znaczne zaczerwienienie skóry i dokuczliwą bolesność. Czasem może to zależeć od nie dość dokładnego sproszkowania leku.

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VI z dnia 17 marca 1880.

Przewodniczący Dr. Warschauer. Obecnych członków 22.
Jako gość Dr. Gumplowicz z Priesnitzthal.

1. Przewodniczący złożył do biblijoteki Towarzystwa zeszyt marcowy *Nice médical.*

2. Sekretarz stały kol. Zarewicz odczytał list Rady zawiadowczéj Tow. Lekarzy galic, przesłany w odpowiedzi na przedstawione przez Towarzystwo lek. krak. zasady połączenia się obu Towarzystw. W liście tym Rada zawiadowcza donosi, iż nie może żadną miarą doradzać Walnemu zgromadzeniu Tow. Lek. gal. przyjęcia tych zasad, natomiast przesyła projekta statutów oparte na zasadach, na jakich n ogłoby połączenie obu Towarzystw nastąpić. Zasady na których się projekta statutów opierają wyłuszczył kol. Zarewicz, a nadto przedstawił Towarzystwu jak się na nie Komitet Towarzystwa zapatruje. Po krótkiéj dyskusyi, w któréj chodziło przeważnie o sposób, w jaki ta sprawa ma być załatwioną, przyjęto wniosek kol. Sciborowskiego: Towarzystwo Lek. krak. przyjmując w zasadzie zdanie Komitetu co do zasad połączenia podanych przez Tow. Lekarzy galic., porucza temuż bliższe opracowanie elaboratu i wniesienie odpowiedniego przedstawienia na najbliższém posiedzeniu.

3. Kol. Glück odczytał rozprawę: O istocie przyrzutu szankrowego. (Będzie umieszczone w Przeglądzie). W dyskusyi zabierali głos koll. Zarewicz, Skobel, Wilkosz, Wasylewski i Pisek przeważnie w obronie istniejących dotychczas cech odróżniających wrzód szankrowy od innych wrzodów i przyznając mu pewną specyficzność, którą prelegent starał się w rozprawie wykluczyć.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 11 ospa utrzymywała się w Londynie w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalu 188, zapadło świéżo 39, umarło 13. W Wiedniu umarło 19, w Madrycie 23, w Pradze 6, w Paryżu 55, w Bukareszcie 21. Dur łagodnieje w Paryżu i Petersburgu; w pierwszém mieście umarło z duru brzusznego 65, w drugiém 44; z duru powrotnego umarło w Petersburgu 19, z osutkowego 31. Krztusiec złagodniał w Londynie, lecz jeszcze umarło 112. W Krakowie umarło w tygodniu 12 osoby 2: 1 z ospy i 1 z zimnicy a doniesiono

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 11 umarło na 1000 miesz. i rok w Krakowie 48,2; we Lwowie 42,3; w Warszawie (?); w Poznaniu 37,2; w Wiedniu 31,7; w Budapeszcie 39,3; w Pradze 43,5; w Tryjeście 35,6; w Berlinie 23,5; w Wrocławiu 33,3; w Monachowie 37,8; w Dreźnie 22,2; w Lipsku 31,7; w Bazylei 20,4; w Brukseli 24,1; w Paryżu 31,7; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 21,9; w Stokholmie 25,5; w Chrystyjanii 17,8; w Petersburgu 51,3; w Odesie 38,3; w Rzymie 51,5; w Bukareszcie 42,9; w Madrycie 41,7; w Barcelonie 31,7; w Aleksandryi 34,8; w Nowym Yorku 25,2; w Bombayu 37,3; w Madrasie 42,4. *J. B.*

w tymże czasie o 4 przypadkach ospy (z ul. Kanonnéj l. 119; z ul. Długiéj l. 16, 1 z Podgórza i 1 ze szpitala św. Łazarza), 1 ospicy (ze szpitala św. Łazarza); 1 duru brzusznego (w wojsku); 1 czerwonki (z ul. Mikołajskiéj l. 442); 1 róży (w wojsku).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 kwietnia. Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na jedném z ostatnich posiedzeń uchwalił poprzeć u Ministerstwa oświaty prośbę Docenta Dra Kopernickiego o utworzenie pracowni i muzeum antropologicznego. Jest więc nadzieja, że młodzież lekarska naszego uniwersytetu będzie miała sposobność praktycznego kształcenia się w nauce prawie niezbędnej do ogólnego wykształcenia lekarskiego i to pod kierunkiem tak znanego na polu antropologii pracownika. Dr Kopernicki wyraził gotowość oddania na użytek zakładu antropologicznego bogatego i przez znakomitości zagraniczne tylekroć podziwianego zbioru czaszek, który jest jego prywatną własnością.

* Pani Gilewska nadesłała na ręce dziekana Wydz. lek. 50 złr. na powiększenie fundacyi wspierania ubogich rekonwalescentów, opuszczających klinikę lekarską krak. Fundacyja, która nosić będzie nazwę fundacyi śp. prof. Gilewskiego, rozporządza więc już sumą 250 złr.

* **Warszawa**. Tow. lek. warszawskie otrzymawszy z Krakowa słownik psychijatryczny wybrało d. 16 marca komitet, który rezultat pracy swéj przedstawić ma na najbliższém posiedzeniu Towarzystwa. (*Gaz. Lek.*)

Stypendyjum imienia śp. profesora i Dra med. Polikarpa Girsztowta zatwierdzoném zostało. Procent roczny od sumy pięciu tysięcy rubli, zebranych ze składek publicznych, stanowić będzie powyższe stypendyjum, udzielać się mające jednemu ze studentów uniwersytetu warszawskiego, poświęcającego się medycynie. Wybór kandydata należy do Towarzystwa lekarskiego warszawskiego; wypłata dokonywać się będzie w dzień śmierci nieodżałowanego profesora. (*Kur. warsz.*)

* **Niemcy**. Brat cesarzowéj austryjackiéj ks. Karol Teodor bawarski, Dr. medycyny, znany z prac w dziedzinie patologii, otrzymał od ks. Bismarka aprobatę jako lekarz praktyczny z uwolnieniem od egzaminu przepisanego ustawą przemysłową.

* **Mianowania i odznaczenia**. Referent lek. w ministerstwie spraw wewn. we Wiedniu Dr. Franciszek Schneider w uznaniu zasług otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa. — Dr. Andrzéj Pleniger, lekarz domowy w zakładzie terezyjańskim we Wiedniu, otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl.—Docenci prywatni w Gracu Drowie Glax i Börner otrzymali tytuł prof. nadzw.—Dr. Schede w Berlinie powołany został jako operator do szpitala w Hamburgu.

* **Nekrologija**. W Berlinie umarł tajny radca Dr. Boer, lekarz przyboczny cesarza, w 72 roku życia.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 13: Matlakowskiego: Dwa przypadki pewnéj postaci przewlekłego zapalenia krtani (dok.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Wisłockiego: Leczenie sztucznem powietrzem; Krasińskiego: Kwestyja sanitarna m. Warszawy (c. d.); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 6: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. Krakowie (c. d.): Żulińskiego: o żelazkach do prasowania ze względu higijenicznego: Jasińskiego: Z jakiego leczenia suchót skutki są najpomyślniejsze? Tarnawskiego: Ciąża, zaśniad czy nowotwór?

Piśmiennictwo lekarskie. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Kolego!

Z powodu listu prof. Łuczkiewicza z Warszawy w sprawie słownika lekarskiego (Przegl. Lek. Nr. 13 rb.) mam zaszczyt upraszać szan. Kolegę (w prof. Oettingera i swojém imieniu) o zamieszczenie w „Przeglądzie Lek.“ następujących wyjaśnień.

Przedewszystkiém pospieszamy oświadczyć, że z przyjemnością uznajemy na polu słownictwa polskiego lekarskiego zasługę Towarzystwa lek. warsz., które w całym swym składzie przez dwa lata (1859—61) pracowało jako komisyja językowa; ubolewać tylko należy, że praca ta, o ile nam wiadomo, jakimś przy-

padkiem zaginęła, a przeto nie mogła być ogłoszoną drukiem. Z tego, co téj pracy ocalało i przeszło do dzieł wydanych od r. 1861, a jeszcze bardziej od r. 1866 w Warszawie, wiele wyrazów przyjęliśmy; niektóre jednakże po dojrzałym namyśle musieliśmy odrzucić, zastępując je innemi, już to dawniejszemi, już to co rzadziéj się zdarzało, nowo utworzonemi. Zresztą w rozbiorach wydawnictw lekarskich warszawskich, (o które to oceny kol. Łuczkiewicz potrąca, mówiąc o „surowym wyroku krytyków lingwistycznych krakowskich“), nie tylko nam szło o wytknięcie pewnych wyrażeń technicznych mniéj trafnych, ale nawet przeważnie o zwroty mowy i ogólne wyrażenia sprzeczne z naturą języka polskiego, które niestety coraz liczniéj występują w wielu wydawnictwach warszawskich. (Ob. rozbiory: Pląskowskiego Psychijatryi. Warz. 1868. w Przeglądzie Lek., t. VIII; oraz przekładów: Ziemssena chorób zaraźl. ostrych 1875, w „Przeglądzie krytycznym,“ t. II; tegoż chorób z zatrucia 1877, w „Dwutygodniku med. publ.,“ t. II; Caspra-Limana medycyny sądowéj 1876, w „Przeglądzie krytycznym,“ t. III; itd.

W „historycznym wywodzie“ kol. Łuczkiewicza przykro nas zadziwiła ta okoliczność, że szanowny ten Kolega nie wspomniał wcale o słowniku łacińsko-polskim wyrazów lekarskich wydanym w r. 1868 przez śp. prof. Skobla i Dra Kremera w Krakowie. Nie przypuszczamy, żeby kol. Łuczkiewicz nie znał tej książki; widać zatém, że nie uważał jéj za godną wzmianki, a wyrok taki z pewnością jest zbyt surowy.

Ubolewa daléj kol. Łuczkiewicz, że komisyja terminologiczna naszego towarzystwa składa się tylko z trzech członków (obecnie nawet po śmierci kol. Kremera tylko z dwóch), gdy np. komisyja do popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów lekarskich liczy członków 17tu. Ale Towarzystwo nasze nie bez namysłu złożyło pracę główną nad słownikiem w ręce niewielu członków: albowiem w latach 1874—75 pracując nad uzupełnieniem słownika Drów Skobla i Kremera (wydaném w r. 1876), przekonaliśmy się, jak wielka jest strata czasu, gdy sprawy słownictwa roztrząsa się w liczném gronie kolegów. Nie idzie wszelako za tém, żebyśmy, przeceniając słabe nasze siły, w opracowaniu słownika szli całkiem samopas, niczyjéj nie zasięgając rady lub pomocy. Od takiéj zarozumiałości dalecy jesteśmy. Nie jednokrotnie odzywaliśmy się w „Przeglądzie Lek.“ i w „Dwutygodniku“ do Kolegów w całéj Polsce z prośbą o nadsyłanie nam uwag tyczących się już to wyrazów słownikiem Skobla i Kremera (1868) i „uzupełnieniem“ (1876) objętych, już to takich, których przekład byłby pożądany, i w skutek tego otrzymaliśmy niektóre notatki od prof. Łuczkiewicza z Warszawy, od Dra Świerza ze Skawiny, od Drów Jerzykowskiego i Koehlera z Wielkopolski, osobliwie zaś nader liczne uwagi i gotowe spisy wyrazów z ich tłumaczeniem od prof. Madurowicza, Dra Obalińskiego i prof. Rydla w Krakowie. Nie poprzestając na tym ochotniczym udziale niektórych gorliwszych kolegów, korzystamy bezustannie z łaskawéj pomocy wielu specyjalistów, o czém niezaniedbaliśmy szczegółowo donosić w rocznych sprawozdaniach komisyi terminologicznéj, między innemi np. w ustępie VII (str. 4) zdania sprawy z czynności Tow. lek. krak. w r. 1879 dokonanych, dołączonego do jednego z tegorocznych Nrów „Przeglądu Lek.“ Wyszczególniliśmy tam między innemi, że wyrazy z zakresu anatomii i histologii przegląda Doc. Dr. Kadyi, z antropologii Doc. Dr. Kopernicki, z botaniki prof. Rostafiński, z chemii prof. Czyrniański (w Krakowie) i Mag. Milicer (w Warszawie), z chirurgii prymar. Dr. Obaliński, z farmakognozyi Dr. Dunin Wąsowicz (we Lwowie), z fizyki prof. Kuczyński, z fizyjologii prof. Piotrowski, z ginekologii i położnictwa prof. Madurowicz, z higijeny Doc. Dr. K. Grabowski, z neuropatologii prof. Domański, z okulistyki prof. Rydel itd. [1]). Nareszcie, co osobliwie uwydatnić musimy, wszystkie kartki przegląda (niektóre nawet po kilkakroć) Prezes Akademii Umiejętn. Dr. J. Majer, a łaskawe to współpracownictwo jest dla przyszłego słownika ważną rękojmią dokładności i poprawności, obok umiarkowania w puryzmie.

Nakoniec jeszcze słówko o pomyśle rzuconym przez prof. Łuczkiewicza, a mianowicie, żeby słownik, opracowany przez nas, przed wydrukowaniem poddać jeszcze w rękopiśmie pod roztrząsanie Towarzystw lekarskich w Warszawie, Poznaniu i Lwowie. Projekt ten nie wydaje nam się być praktycznym. Przedewszystkiém trzebaby w takim razie dać przepisać [1]) w trzech egzemplarzach kilkanaście tysięcy kartek już przygotowanych; albowiem niepodobna narażać się na możliwy przypadek podobny do tego, w skutek którego dwuletnia praca Komisyi słownikowéj warszawskiéj w swoim czasie zaginęła. Pominąwszy już wielki koszt takiego przepisywania i inne trudności techniczne, jakażby ztąd powstała zwłoka, jak obszerna korespondencyja pod względem wymiany uwag, replik, itd.! Wiemy dobrze, że praca nasza bardzo daleka jest od doskonałości; ale stosując się do życzeń z wielu stron nas dochodzących i trzymając się przysłowia, że *„le mieux est l'ennemi du bien,“* sądzimy, że lepiéj się przysłużymy kolegom, gdy w rb. już rozpoczniemy druk słownika będącego już na ukończeniu (pracujemy w téj chwili nad literą V,) aniżeli gdybyśmy dobrowolnie rzecz odkładali *ad kalendas graecas.* Z tém wszystkiém mamy zanotowanych paręset wyrazów bardziéj wątpliwych, co do których zamierzamy w sposób przez kol Łuczkiewicza wskazany zasięgnąć światłéj rady Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, tudzież sekcyj lekarskich we Lwowie i w Poznaniu.

Łączę szczere koleżeńskie pozdrowienie.

Kraków d. 29 marca 1880 r. *Prof. Dr. Janikowski.*

[1]) Nadto w tych dniach wyrazy z zakresu dermatologii i syfilidologii wziął do przejrzenia prof. Dr. Rosner.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę t. j. dnia 7 kwietnia o godzinie 5téj w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém: 1) Odczytaném będzie sprawozdanie Zarządu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego względem projektu połączenia obu Towarzystw lekarskich. 2) Kol. Dr. Kohn mówić będzie „o drenowaniu macicy choréj po porodzie,“ z przytoczeniem kazuistyki.

[1]) W części musieliśmy to uczynić z wyrazami z zakresu chemii i farmakognozyi, albowiem co do téj ostatniéj nauki nie znaleźliśmy w Krakowie współpracownika i przesłaliśmy kartki Dr. Duninowi Wąsowiczowi do Lwowa; co do chemii zaś, pragnąc, żeby słownictwo warszawskie było zarówno z tutejszém objęte naszym słownikiem, udaliśmy się w tym względzie do prof. Jakóba Natansona w Warszawie, a gdy tenże nie mógł sam wziąć udziału, do p. Milicera, który łaskawie podjął się uzupełnienia naszych kartek w tym kierunku.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.